Deutscher Bundestag **Drucksache 17/5608**

17. Wahlperiode 18. 04. 2011

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Birgitt Bender, Maria Klein-Schmeink, Elisabeth Scharfenberg, Katrin Göring-Eckardt, Sven-Christian Kindler, Beate Müller-Gemmeke und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Zielrichtung, Ausgestaltung und Auswirkungen der durch die Bundesregierung angestrebten Angleichung der vertragsärztlichen Honorare (Konvergenz)

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 (GKV-WSG) (GKV = gesetzliche Krankenversicherung) bzw. der Honorarreform 2009 wurde durch den bundesweit einheitlichen Eurocent-Orientierungswert je EBM-Punkt (EBM = Einheitlicher Bewertungsmaßstab) und der daraus resultierenden bundesweiten rechnerischen Euro-Gebührenordnung die wesentliche Grundlage für bundesweit einheitliche Preise geschaffen.

Dennoch beauftragt das GKV-Finanzierungsgesetz von 2010 (GKV-FinG) in § 87 Absatz 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) den Bewertungsausschuss aus Krankenkassen und Kassenärztlicher Bundesvereinigung, dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. April 2011 ein „Konzept für eine schrittweise Konvergenz der Vergütungen“ vorzulegen. Eine Erklärung, mit welchem Inhalt und welchem Ziel eine Konvergenz herbeigeführt werden soll, findet sich weder im Gesetzestext noch in der Begründung des Gesetzentwurfs. Vor dem Hintergrund der erheblichen Steigerungsraten bei den vertragsärztlichen Vergütungen in den Jahren 2008 bis 2010 stellt sich zudem die Frage, welche Auswirkungen eine solche erneute Reform auf die ambulant-ärztlichen Ausgaben der GKV haben würde.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Welchen über den bundesweiten einheitlichen Eurocent-Orientierungswert hinausgehenden wesentlichen Bedarf zur Konvergenz der Vergütungen sieht die Bundesregierung, und wie begründet sie diesen?

2. Strebt die Bundesregierung eine ausgabenneutrale Umsetzung der Konvergenz der Vergütungen an?

   Wenn nein, welche Steigerungen bei den ambulant-vertragsärztlichen Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen erwartet die Bundesregierung durch die angestrebte Konvergenz, und wie wird diese Steigerung begründet, da das GKV-FinG für das Jahr 2012 ausschließlich eine Ausgabensteigerung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß § 87d Absatz 2 SGB V vorsieht?

3. a) Wie definiert die Bundesregierung den Behandlungsbedarf?

   b) Trifft es zu, dass die Bundesregierung eine Konvergenz der derzeitigen rechnerischen Behandlungsbedarfe anstrebt?

Wenn ja, warum, und in welcher Weise?

Wenn ja, stünde eine Konvergenz des rechnerischen Behandlungsbedarfs nicht im Widerspruch zu der mit den bisherigen Maßnahmen verfolgten Angleichung des Preises den Ärztinnen und Ärzte je erbrachter Leistung/Punkt (einheitlicher Orientierungswert) erhalten?

c) Wenn nein, welche anderen für die Vergütung relevanten Maßstäbe sollten nach dem Willen der Bundesregierung zusätzlich zum bereits vereinheitlichten Eurocent-Orientierungswert bundesweit angeglichen werden?

4. a) Trifft es zu, dass der rechnerische Behandlungsbedarf bislang eine teilweise morbiditätsadjustierte Fortschreibung historischer Leistungsmengen in den Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) ist?

b) Trifft es zu, dass der Behandlungsbedarf bzw. die ausgehandelte Leistungsmenge wesentlich von strukturellen Gegebenheiten in den KV-Bezirken wie Arztdichte, Anteil der Fachärzte, Anzahl der PKV-Versicherten (PKV = private Krankenversicherung) in der Region, Krankenhausdichte, Leistungsmenge außerhalb des Kollektivvertrages (z. B. Hausarztverträge) bestimmt wird?

Wenn ja, welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung daraus bei einer Konvergenz der Behandlungsbedarfe?

5. a) Welche Angleichungen sind bei den Honorarverteilungsquoten (bis zu denen Leistungen ohne Abschläge honoriert werden) zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen in den letzten drei Jahren zu erkennen?

b) Welche Haltung hat die Bundesregierung zu einer Angleichung der regional abweichenden Honorarverteilungsquoten?

c) Wie könnte diese umgesetzt werden?

d) Welche Ursachen haben die in der Vergangenheit regional unterschiedlichen Honorarverteilungsquoten und Leistungsmengen?

6. Welchen Stand haben die Verhandlungen innerhalb der Selbstverwaltung über das im GKV-FinG beauftragte Konvergenzkonzept, und rechnet die Bundesregierung mit einem gemeinsamen Konzept der Selbstverwaltung?

7. Inwieweit sind aus Sicht der Bundesregierung die diagnoseorientierten Verfahren nach §87a Absatz 5 SGB V zur Morbiditätsmessung eine manipulationssichere Methode zur Bestimmung der honorarrelevanten Morbiditätssteigerung?

Wenn nein, welche anderen Verfahren sind aus Sicht der Bundesregierung besser geeignet?

8. a) Welches sind die „regionalen Besonderheiten“, die ausweislich der Begründung des GKV-FinG zu § 87 Absatz 9 SGB V bei der angestrebten Honorarreform Berücksichtigung finden sollen?

b) Trifft es zu, dass das Institut des Bewertungsausschusses bislang keine geeigneten Indikatoren für das Vorhandensein wesentlicher regionaler Besonderheiten gemäß § 87 Absatz 2f Satz 4 SGB V ermitteln konnte?

Wenn ja, welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung daraus?

9. Führt eine Berücksichtigung „regionaler Besonderheiten“ in den Bundesländern zu überdurchschnittlichen nicht morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben der Kassen in den jeweiligen Ländern?

Wenn ja, in welcher Weise müssten diese nicht morbiditätsbezogenen Ausgabensteigerungen bei den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds berücksichtigt werden?

10. a) Trifft es zu, dass die im GKV-FinG enthaltene asymmetrische Honorarverteilung laut Begründung des Gesetzentwurfs dazu dienen soll, eine nach Auffassung der Bundesregierung „gerechtere Gestaltung der Honorarverteilung“ herbeizuführen?

    b) Trifft es zu, dass die durch einen Änderungsantrag der Koalitionsfraktionen der CDU/CSU und FDP zum Entwurf des GKV-FinG eingefügte nochmalige Erhöhung der linearen Honorarsteigerung von 0,75 Prozent auf 1,25 Prozent damit gerechtfertigt wurde, dass dadurch, laut Begründung, die Versorgung in jenen Regionen gesichert werde, die nicht von der asymmetrischen Honorarverteilung profitieren würden?

    c) Inwiefern sieht die Bundesregierung einen Widerspruch zwischen diesen beiden Begründungen, bei der die eine eine Honorarerhöhung jeweils die Begründung für die andere Honorarerhöhung liefert?

11. Auf welche Weise will die Bundesregierung sicherstellen, dass Honorarsteigerungen mit (Qualitäts-)Verbesserungen für die Patientinnen und Patienten verbunden sind und nicht ausschließlich deshalb vorgenommen werden, weil sie mögliche Verteilungswirkungen vorangegangener Honorarerhöhungen wieder ausgleichen sollen?

12. a) Aus welchen Gründen ist nach Auffassung der Bundesregierung die mit dem GKV-FinG bis 2012 ausgesetzte Regelung zu Zu- und Abschlägen bei Unter- oder Überversorgung nach § 87a Absatz 2 SGB V weniger für die Versorgungssteuerung geeignet als die zum 31. Dezember 2009 ausgelaufenen und mit dem GKV-FinG wieder eingeführten Sicherstellungszuschläge?

    b) Trifft aus Sicht der Bundesregierung die Feststellung zu, dass aus Gründen der Beitragssatzstabilität der Abbau der Unterversorgung mit einer Reduzierung der Überversorgung zwingend einhergehen muss?

    Wenn ja, auf welche Weise will die Bundesregierung einen Abbau der Überversorgung erreichen?

13. a) In wie vielen Regionen (bitte genaue Zahl angeben) käme die in den Eckpunkten der Koalitionsfraktionen vom 8. April 2011 für ein Versorgungsgesetz vorgesehene Abschaffung der Abstaffelung in unterversorgten Regionen effektiv zur Anwendung?

    b) Wie viele Ärzte (bitte konkrete Zahl angeben) und welche Arztgruppen in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Regionen sind bislang von der Abstaffelung betroffen?

Berlin, den 15. April 2011

Renate Künast, Jürgen Trittin und Fraktion



Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin, www.heenemann-druck.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333